（様式第１号）

番　　　　　号

年　　月　　日

令和　年度女性医師等復職支援研修事業補助金交付申請書

長野県知事　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　補助金交付申請額　　　金　　　　　　　　円

２　添付書類

(1)実施計画書（別紙１）

(2)所要額調書（別紙２）

(3)対象経費内訳書（別紙３）

（別紙１）

女性医師等復職支援研修事業　実施計画書

研修受講者氏名　：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受入診療科 | 研修期間 | 研修日・時間数 | 研修指導医氏名 | 研修内容 |
|  |  |  |  |  |

（様式第２号）

番　　　　　号

年　　月　　日

令和　年度女性医師等復職支援研修事業内容変更承認申請書

長野県知事　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で交付決定のあった女性医師等復職支援研修事業について、下記のとおり変更したいので、承認してください。

記

１　変更の理由

２　変更の内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 変　更　内　容 | 事 業 費 | （円） |
| うち補助金 |
| 当初計画 |  |  |  |
| 変更計画 |  |  |  |

３　添付書類

(1)実施計画書（別紙１）

(2)所要額調書（別紙２）

(3)対象経費内訳書（別紙３）

（様式第３号）

番　　　　　号

年　　月　　日

令和　年度女性医師等復職支援研修事業中止（廃止）承認申請書

長野県知事　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で交付決定のあった女性医師等復職支援研修事業について、下記のとおり中止（廃止）したいので、承認してください。

記

１　事業中止（廃止）の理由

２　事業の遂行状況

３　事業を中止する期間（廃止する日）

４　事業実施の見通し

（様式第４号）

番　　　　　号

年　　月　　日

令和　年度女性医師等復職支援研修事業期間延長承認申請書

長野県知事　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で交付決定のあった女性医師等復職支援研修事業の事業期間を、下記のとおり延長したいので、承認してください。

記

１　事業が予定内に完了しない理由

２　事業の遂行状況

３　事業期間延長後の完了予定期日

４　繰越しの明細（事業が交付決定を受けた年度内に完了しない場合に限る。）

（様式第５号）

第　　　　号

 年 　月 　日

令和　年度女性医師等復職支援研修事業事前着手届

長野県知事　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　年度において女性医師等復職支援研修事業として実施する別紙の事業について、下記のとおり交付決定前に着手しますので届け出ます。

なお、本件について交付決定がなされなかった場合においても異議は申し立てません。

記

１　事前着手の理由

２　着手及び完了予定年月日

（※　別紙は、女性医師等復職支援研修事業補助金交付申請書（様式第１号）に添付する所定の実施計画書（別紙１）によること。）

（様式第６号）

番　　　　　号

年　　月　　日

令和　年度女性医師等復職支援研修事業実績報告書

長野県知事　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で交付決定のあった女性医師等復職支援研修事業の実施について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　補助金精算額　　　金　　　　　　　円

２　添付書類

　(1)実施報告書（別紙４）

　(2)所要額精算書（別紙５）

　(3)対象経費内訳書（別紙６）

　(4)歳入歳出決算（見込）書の抄本

(5)その他参考となる書類

（別紙４）

女性医師等復職支援研修事業　実施報告書

研修受講者氏名　：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受入診療科 | 研修期間 | 研修日・時間数 | 研修指導医氏名 | 研修内容 |
|  |  |  |  |  |

（様式第７号）

番　　　　　号

年　　月　　日

令和　年度女性医師等復職支援研修事業補助金交付請求書

長野県知事　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で額の確定のあった女性医師等復職支援研修事業補助金を下記のとおり交付してください。

記

１　補助金交付請求額　　　　　金　　　　　　　　　　　円

※補助金の振込先口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名等 |  |
| 口座の種類 |  | 口座番号 |  |
| （フリガナ） | ( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 口座名義人 |  |

注）通帳を御確認の上、正確に記入して下さい。（特に「口座名義人」欄）

（様式第８号）

女性医師等復職支援研修事業消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

第　　号

　　年　　月　　日

長野県知事　　　　　　　様

　所在地

　補助事業者名

　代表者氏名

年　　月　　日付長野県指令　　　　第　　　号で交付決定があった女性医師等復職支援研修事業について、下記のとおり報告します。

記

１　補助金等交付規則第13条第１項の補助金の確定額　　金　　　　　　　　　　円

２　補助金の確定時に減額した消費税仕入控除額　　　　金　　　　　　　　　　円

３　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額

　　金　　　　　　　　　　円

４　補助金返還相当額（３－２）　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

　注：別添参考となる書類（消費税確定申告書の写し(税務署の収受印等のあるもの)、付表２「課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表」の写し及び３の金額の積算の内訳等）